An Annotated Bibliography on Indicators for the Determinants of Health

Prepared by Susan Lilley, MHSc
for the Atlantic and Manitoba/Saskatchewan Regional Offices
Health Promotion and Programs Branch
Health Canada

March 2000

The opinions expressed in this publication do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Également disponible en français sous le titre << Bibliographie annotée des indicateurs portant sur les déterminants de la santé >>.

Readers may reproduce this document in whole or in part. Please credit the source as follows:

An Annotated Bibliography on Indicators for the Determinants of Health. 2000. Produced by S. Lilley for the Health Promotion and Programs Branch, Atlantic Regional Office, Health Canada.

103-00246/

Preface

One of the guiding principles of population health is that decisions must be based on sound evidence. For this reason, the shift towards population health planning has increased interest in monitoring progress and measuring the impacts and outcomes related to the conditions that determine the health of a population. This current interest in indicators in the population health field coincides with growing worldwide interest in the use of social indicators and indicators of sustainability. Both across the country and around the world, researchers have been developing, proposing and using indicators to monitor social and environmental conditions that determine health.

This annotated bibliography was developed in the winter of 1999 for the Atlantic and Manitoba/Saskatchewan Regional Offices of the Health Promotion and Programs Branch as an initial step in developing a system for assessing the impacts of their work. Although it was developed for internal use, it has now been updated, revised and translated for public distribution.

The bibliography was produced using documents provided by the two regional offices and supplemented by a scan of recent and significant initiatives. The intent was to capture the diversity of approaches and to create a menu of indicators that are being used for monitoring the determinants of health and related constructs, such as quality of life, social progress, healthy cities and social health. It was not an exhaustive search and was limited to documents available in English.

The study and use of indicators that relate to the determinants of health are widespread and have been developing over many years in the social and environmental sciences. Many relevant models, initiatives, networks, list-serves and web sites were found. An exhaustive literature review and annotated bibliography would have been more costly and time-consuming than originally anticipated, and much work in this area has already been done. For example, the **Report on the Health of Canadians** identifies many indicators for use at provincial, regional or national levels. Hancock, Labonté and Edwards synthesized literature on indicators for use at the community level, and the Ontario Healthy Communities Coalition reviewed many tools for monitoring progress at the community level in their "tool kit."

These and many additional documents are described in this bibliography, which provides an overview of the work done to date and sets the stage for future developments in this rapidly expanding field.

B. C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. 1995. **Health Indicator Workbook: A tool for healthy communities.** Victoria BC: Office of Health Promotion.

This workbook is aimed at the general public and uses the analogy of a garden to describe the process of gathering information about the health of a community. The workbook explains why each indicator is important, what it means for the community, how it is measured, where to find the data, and how to make comparisons. Categories of indicators are production, consumption, physical environment, management, growth and development, and support.

Availability unknown. For information contact the Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, PO Box 9050, Stn Prov Govt, Victoria BC V8W 9E2. Telephone: (250) 952-3456. http://www.gov.bc.ca/hlth/

Brink, S., and A. Zeesman. 1997. **Measuring Social Well-being: An Index of Social Health for Canada.** Ottawa: HRDC Research Paper R-97-9E.
http://www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/research/abr-97-9e.html

This paper describes the application to the Canadian context of the Index for Social Health (ISH), first developed in the United States, and provides an overview of social performance. Each indicator of the Index represents an area that affects quality of life: health, employment, income, education, security and psychological well-being. Performance on each indicator reflects the strength of social institutions, such as community, school and family. These indicators are social in that they do not occur in isolation, nor is their impact confined solely to individuals directly represented by each statistic.

The ISH was modified for use in Canada where it was applied nationally and for each province over 24 years from 1971-1994. The work shows that the ISH improved with the Gross Domestic Product in the 1970s but the two measures diverged from the early 1980s to the present. Analysis by indicators associated with age groups shows their impact on the ISH. This paper also shows results for each of four life stages and in all 10 provinces.

The ISH gives a profile of the social performance for the year compared to best performance ever. Each indicator, viewed individually, shows a social problem improving or worsening, but by contributing to the Index, it provides a picture of overall social well-being. This paper provides a good argument for grouping indicators by age group or life stages: children, youth, adults and elderly. Definitions and sources of data are included in the appendix. Most data are from Statistics Canada. The following indicators are used in the ISH:

Children: infant mortality rate, number of children injured as a result of assault, abuse, battering or neglect, number of children under 18 living under the low-income cut-offs.

Youth: suicide rates for ages 15 - 19, juvenile offenders involved in federal drug offences, dropout rate for secondary school students.

Adults: unemployment rate, average weekly earnings.

Seniors: number of persons 65 and over below the low-income cut-offs, percentage of income spent on health care expenses by persons 65 and over.

All ages: homicides, persons receiving social assistance, gap between rich and poor, access to affordable housing, highway deaths related to alcohol.

Coleman, R. 1998. **Measuring sustainable development: Application of the Genuine Progress Index to Nova Scotia. Progress report and future directions.** Halifax NS: Prepared by GPI Atlantic. http://home.iSTAR.ca/~cliffe/gpi/

GPI Atlantic is a non-profit research group dedicated to creating an indicator of genuine progress for Nova Scotia and Atlantic Canada. The goal of the Genuine Progress Index (GPI) is to integrate social, economic and environmental realities to demonstrate their interdependence. The work began with consultations in the region to identify shared values. Based on these shared values, the GPI working group has identified 20 indicators to be used in calculating the Index.

The measures used for these indicators are population-level statistics which are already available, primarily from Statistics Canada. The intent is to try to express all the measures as the dollar value of the costs or financial benefits to the economy. While this will not be possible in all cases, it is what the research group intends to work toward. The Index will eventually be an aggregate "bottom line" of all these indicators; however, sectoral accounts will be compiled as well.

The shared values are security (safety, health, livelihood security), equity (intergenerational, intragenerational, geographical), environmental quality (natural resources, conservation/degradation, ecological footprint), freedom, knowledge and a caring society.

The indicators for the Genuine Progress Index are valuations of unpaid production in household and voluntary work, indexes of income distribution and wealth distribution by quintile, valuations of leisure time, a profile of changes in women's status in the Nova Scotia work force, costs of crime, transportation cost analysis, greenhouse gas emissions, soil accounts, forestry accounts, fisheries accounts, valuations of durability, net external borrowing and lending, costs of air pollution, human freedom index, ecological footprint analysis, non-renewable energy resources, water quality, health care and educational attainment.

Coleman, R. 1998. **Module one: The economic value of civic and voluntary work in Nova Scotia.** Halifax NS: Prepared by GPI Atlantic.
http://www.gpiatlantic.org/custsites/gpiatlanticQS.nsf/22013e60bdcae7d38425655c00744dfc/172b7ee93b4137f00425667a00725704?OpenDocument

This is the first of four modules describing measurements for the first Genuine Progress Index indicator: the valuation of unpaid production in household and voluntary work. The four modules for this indicator are:

- the value of civic and voluntary work
- the value of unpaid household work and child care
- the value of unpaid overtime and the cost of underemployment
- the aggregate value of total productive work and residual valuation of leisure time.

The report describes the amount of volunteer work that takes place in Nova Scotia, addresses issues encountered in assigning a monetary value to volunteer work, and describes a system for ongoing monitoring. The economic value of civic and voluntary work is calculated based on only two measures:

- the percentage of the population over age 15 engaged in voluntary work
- the annual number of volunteer hours contributed.

This information is collected on an occasional basis by Statistics Canada. The value of Nova Scotia voluntary work in 1997 was estimated at $1,745 million, which is the dollar value that will be used to calculate the Genuine Progress Index.

Doyle, Y., D. Brunning, C. Cryer, S. Hedley, and C. Russell Hodgson. 1997. **Healthy Cities Indicators: Analysis of Data from Cities across Europe.** Edited by P. Webster and C. Price. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Indic

This document analyses baseline indicators that were endorsed by the World Health Organization (WHO) Healthy Cities Project and provides insight into the way indicators are understood by different countries, the availability of data, and the reliability and validity of the indicators. It includes a useful checklist on the validity of indicators. The 53 indicators cover health, demography, health services, the environment and socioeconomic status. The report presents the results of a study of these indicators in 47 European cities.

Dubois, L., and C. Mustard. 1998. **Inégalités sociales, nutrition et santé des populations : Une synthèse des données du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et de la France.** Ottawa: Paper prepared for the National Health Research and Development Program, Health Canada.

This paper looks at the information already available in health surveys, which can be used to study factors linking socioeconomic environments, nutrition and population health, and focuses on surveys in Canada, the United States, France and the United Kingdom. The

paper describes current surveys that contain population-level information related to nutrition and the relevant indicators, and concludes that several sources of data are available to assess population nutritional status.

The paper classifies indicators of nutritional status as either outcome indicators (such as cardiovascular disease, cancer rates and weight) or determinants indicators (such as fat, fibre, mineral intake levels, breast feeding rates, attitudes and behaviours, and food insecurity).

Available from the Information Officer, NHRDP, 1512A Jeanne Mance Building, P.L. 1915A, Ottawa, Ontario K1A 0K9. Tel: (613) 952-8086.

Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health. 1999. **Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians.** Ottawa: Report prepared for the Ministers of Health.

Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health. 1999. **Statistical Report on the Health of Canadians.** Report prepared for the Ministers of Health. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/subin.html

Toward a Healthy Future and the accompanying *Statistical Report* provide a comprehensive and detailed statistical overview of the health status of Canadians and the major determinants of health. These reports, first designed as a resource for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, also serve the broader purpose of helping policy-makers and program planners to identify priority issues and measure progress toward population health.

The report considers indicators of health status and of the determinants of health. The section on determinants reviews hundreds of indicators and is organized according to the following sub-sections:

- Socioeconomic Environment (income, education, employment, working conditions, social support and social environment)
- Healthy Child Development
- Physical Environment (natural and built environments)
- Personal Health Practices (physical activity, healthy eating, healthy weights, tobacco use, use of alcohol, illicit drug use, substance use and abuse, use of safety equipment, gambling, sexual practices, HIV testing, and multiple risk behaviours)
- Health Services (expenditures, delivery, access and utilization, medication expenditure and use, unmet needs, and alternative health services)
- Biology and Genetic Endowment (birth defects, reproductive technologies, brain development, and aging).

Federal-Provincial/Territorial Ministers Responsible for the Status of Women. 1997. **Economic Gender Equality Indicators.** http://www.swc-cfc.gc.ca/publish/egei/egeibck-e.html

The Economic Gender Equality Indicators are a selected set of benchmarks for looking at gender equity. They focus on three determinants of health – income, education and employment – and look at differences between the experience of men and women in each of these areas. They include income from a variety of sources in addition to earnings, unpaid as well as paid work, and education and job-related training.

These indicators are designed for use by government and other actors involved in the public policy process to raise awareness of women's and men's realities, stimulate public policy discussion, encourage a search for explanations and responses, and monitor change over time.

Among the report's key findings are that the gender gaps in earnings and income narrowed across Canada between 1986 and 1995, and that the income tax system continued to make a contribution towards gender equality. Women made inroads into male-dominated educational fields, and graduates improved their chances of getting "good" jobs. As well, paid and unpaid work were more evenly shared in 1992 than in 1986. Significant gaps still remain: women received less income and employer-sponsored training, yet they still put in a longer work day than men.

The report also highlights the need for detailed analysis of the diversity of the patterns and trends behind the averages for women and men. One critical factor is the difference children make: they have a much larger impact on women's work than on men's, which in turn can affect their economic security and autonomy. The report provides an example of an analytical method to assess the impact of factors such as age, education, occupation and the presence of young children on income and earnings. Additional resources are provided in an appendix as a starting point for further research and analysis.

Hancock, T., R. Labonté, and R. Edwards. 1999. **Indicators that Count! - Measuring population health at the community level.** Ottawa: Report prepared for the National Health Research and Development Program, Health Canada.

This report provides an excellent overview of the state of the art of indicators for measuring population health at the community level. The report is based on an Internet scan, a literature review, consultations with individuals and organizations active in the field, and key informant interviews with policy-makers, academics and members of the media.

The report identifies key issues, describes several indicator initiatives in some detail, lists criteria for selecting indicators, and suggests a core set of indicators. It includes over 200 references to work in the field.

The authors consider the quality and range of indicators and the type of indicators that have "punch" with the media and the public. Their framework for organizing the discussion has three broad categories of indicators: health determinants (inputs), processes of change, and health outcomes (outputs):

Population health determinants (the authors' classifications are in parentheses): sustainable ecosystems (sustainability), environmental viability (viability), livable built environments (livability), communal conviviality (conviviality), social equity (equity), economic adequacy (prosperity).

Population health processes of change: education, governance.

Population health outcomes: positive health (quality of life), health promoting behaviours, negative health (disability, morbidity, mortality and functional measures).

The authors specify that in the selection of indicators, they are referring to spatial or geopolitical communities, such as municipalities, and not to communities of interest. An underlying and recurrent theme throughout the report is that indicators will not help change policy unless the indicators have been selected by people in communities who are prepared to interpret and act on the resulting information. While the indicators must withstand rigorous scrutiny, they must also have meaning and value for people in the community. Indicators must be selected in ways that involve and empower the community through participatory processes that include both the public and researchers.

Available from the Information Officer, NHRDP, 1512A Jeanne Mance Building, P.L. 1915A, Ottawa, Ontario K1A 0K9. Tel: (613) 952-8086.

Hansluwka, H.E. 1985. **"Measuring the health of populations, indicators and interpretations,"** *Social Science and Medicine* 20(12): 1207-1224.

This document provides a history of the health indicator movement, defines indicators and indexes, lists several classifications of health indicators, and raises the following issues:

What is the unit of analysis?
Health indicators may be applied to various levels: the individual, the family, the community, or to a specific program or organization.

What is the subject of measurement?
Health indicators can be used to measure positive or negative conditions: health or ill health.

Who provides the information?
The information may come from professionals or from the population.

What type of measures are used?
The measure may be subjective (i.e., self-perception) or objective.

Health and Welfare Canada. 1992. **User's Guide to 40 Community Health Indicators.** Ottawa: Health Services Systems Division, Health Promotion and Programs Branch. Cat No H39-238/1992E.

This guide for decision-makers in community health, developed in Quebec, describes 40 readily available community health indicators related to determinants of health, health status and consequences of health problems. It is intended to provide accurate information and appropriate guidelines to help interpret data. A summary chart on each indicator provides definitions, interpretations, limitations, methodological information and specific references.

Jackson S.F., R. Edwards, M. Goodstadt, and I. Rootman. 1997. **Report of the International Health Promotion Indicators Project.** Draft document prepared for the World Health Organization's Health Education and Promotion Unit, Geneva.

This paper presents a preliminary set of national-level indicators for health promotion that could be used by the World Health Organization (WHO) for international comparison. The five action components of the Ottawa Charter for Health Promotion (1986) provide the organizing framework for this set of indicators.

The indicators focus on actions rather than outcomes, because information about actions or strategies is more readily available, amenable to comparison internationally, and reflects the appropriate broad level for international indicators. They measure intent and action through broad policy and legislative mechanisms that could be observed or reported at the national level; however, they are not all measurable at this time.

Core indicators are presented for each action area of the Ottawa Charter: build healthy public policy, create supportive environments, strengthen community action, develop personal skills and reorient health services. The key concepts that contributed to the thinking behind the selection of the indicators are outlined. Core indicators for each action area are listed and organized into four types:

- those representing a country's participation in global or international treaties
- those exhibited in national government policies or legislation
- those that are national programs or projects
- those that represent policy mechanisms for public participation or monitoring.

This set of 33 process indicators in the five action areas of the Ottawa Charter could be used as a model for developing a system for assessing commitment to health promotion; however, they are not specific to the determinants of health.

Available from the first author at the Centre for Health Promotion, 100 College Street, Suite 207, Toronto, Ontario M5G 1L5. Tel: (416) 946-3682.

Jackson, S., S. Cleverly, D. Burman, R. Edwards, B. Poland, and A. Robertson. 1999. **Toward Indicators of Community Capacity: A study conducted with community members of Parkdale, Regent Park, and two sites in Jane-Finch.** Toronto: Report prepared by the Centre for Health Promotion, University of Toronto, for the National Health Research and Development Program, Health Canada.

This report describes a participatory action research project that developed a model and qualitative indicators of community capacity. Through interviews and focus groups, residents in four Toronto communities described their communities, the talents and skills of community members, the events and activities they have done together, and what makes it easy or difficult for the community to organize events and activities. The report proposes seven qualitative indicators for community capacity arising from these data:

- The community is welcoming and supportive to the whole diversity of the community.
- Residents have positive perceptions of their community.
- Residents celebrate together.
- People participate actively in the social, political and economic life of the community.
- People come together around community issues and work together towards a common purpose and/or joint project in balanced and proactive ways.
- People from all parts of the community are involved in community activities.
- Community members have a sense of control and a sense of ownership in relation to planning and implementing local programs and activities.

Although the research does not specifically address determinants of health, these indicators of community capacity may be useful for measuring short-term outcomes at the community level.

Available from the Information Officer, NHRDP, 1512A Jeanne Mance Building, P.L. 1915A, Ottawa, Ontario K1A 0K9. Tel: (613) 952-8086.

Lavis, J.N., C.A. Mustard, J.I. Payne, and M.S.R. Farrant. 1998. **Employment/Working Conditions and Health: Towards a set of population-level indicators**. Ottawa: Paper prepared for the National Health Research and Development Program, Health Canada.

The authors of this paper develop a framework of constructs relevant to employment and working conditions for use in a determinants of health context. They systematically reviewed the studies that assess the strength of the association of the constructs with health and reviewed related population level indicators. They looked at four different constructs: job characteristics, low job position within the firm, job insecurity and unemployment.

The report recommends the use of the following population-level indicators (the strength of their recommendation is in parentheses):

Indicators for which data are routinely collected:
Unemployment rate (strong), long-term unemployment rate (limited), permanent lay-off rate (limited).

Indicators for which routine data collection is recommended:
Insecurity associated with pending job loss (limited), insecurity associated with possible major organizational change (limited), insecurity associated with actual major organizational change (limited) and job strain (medium).

Available from the Information Officer, NHRDP, 1512A Jeanne Mance Building, P.L. 1915A, Ottawa, Ontario K1A 0K9. Tel: (613) 952-8086.

McGrail, K.M., A. Ostry, V. S. Thomas, and C. Sanmartin. 1998. **Determinants of population health: A synthesis of the literature.** Ottawa: Paper prepared for the National Health Research and Development Program, Health Canada.

This paper summarizes the state of knowledge regarding four determinants of health: control, social capital, income inequality, and adult effects of early childhood development.

The chapter on control focuses particularly on control outside the workplace. The authors conclude that the literature on personal control is inconclusive and that no useful measure is available. They therefore suggest that work-based control may be a better health indicator, and recommend that constructs of personal control not be used as indicators of population health.

Social capital is a recent construct introduced to explain how individual action is affected by social norms, rules and obligations. The report reviews several definitions of social capital, including *"the raw material of civil society, created through the interactions and networks formed between individuals based on common principles of trust, mutual reciprocity, and norms of action."* The authors found evidence of a connection between health and social capital, but the pathway is not well understood. Many indicators of social capital were listed, including indicators of family social capital (such as family structure and control in the family) and community social capital (such as trust, civic engagement, memberships and voting). Any single measure reviewed in the report captures only one aspect of the construct, and so the development of an aggregate index is recommended. The authors conclude this section by saying that much more work needs to be done in the area of indicators for social capital.

For income inequality, the research found strong evidence of a link to health, but the pathway remains unclear. Income inequality is measured at the population level through the Gini coefficient, the Robin Hood Index and Cumulative Income Density. The authors conclude that these are good indicators that are understandable to the general public and have strong popular appeal.

The paper does not have any recommendations regarding indicators for the adult effects of early childhood development.

Available from the Information Officer, NHRDP, 1512A Jeanne Mance Building, P.L. 1915A, Ottawa, Ontario K1A 0K9. Tel: (613) 952-8086.

Messinger, H. 1997. **Measuring sustainable economic welfare: Looking beyond the GDP.** Statistics Canada. St John's NF: Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Economics Association.

This paper explains the limitations of the Gross Domestic Product (GDP) as a measure of sustainable economic welfare, and describes recent economic trends that have resulted in deviations between macro-economic growth and sustainable economic welfare. Two composite indicators of sustainable economic welfare developed in the United States are reviewed: the Genuine Progress Index (GPI) and the Measure of Economic Welfare (MEW). These two indexes are assessed in terms of their strengths and weaknesses as composite measures of sustainable economic welfare.

Ontario Healthy Communities Coalition. 1998. **Pathways to a Healthy Community: An indicators and evaluation tool kit.**

This tool kit was designed primarily for the Ontario Healthy Communities Coalition's community animators, but it would also be useful for any community. It draws examples from across North America of resource material ranging from tools that could be used by small volunteer community groups, to those suitable for large-scale projects. The kit clearly differentiates between evaluation and indicators. It describes 19 "best" resources and classifies them as tools either for evaluation or for indicator initiatives. The resources are described in detail, along with current cost and contact information. The kit also includes an annotated bibliography, which describes many other resources either for evaluation or indicators initiatives, lists web sites, and describes indicators initiatives in Ontario. The tools described are not included in the kit.

Available from the Ontario Healthy Communities Coalition, 1900 - 180 Dundas St. West, Toronto, Ontario M5G 1Z8. Tel: (416) 408-4841.

Pierce County Department of Community Services. 1998. **Pierce County Quality of Life Benchmarks: Annual Report, 3rd Edition.**
http://www.co.pierce.wa.us/services/family/benchmrk/qol.htm

This report on indicators of quality of life in Pierce County, Washington, provides insight into appropriate indicators for rural communities. Pierce County's benchmarking effort uses information gathered from a variety of sources to track changes in different aspects

of residents' lives. The benchmarking process is intended to be used to make very generalized statements about whether life in the County is getting better or worse, or staying the same. The work monitors change in over 80 indicators. Indicators are measured such that higher values indicate an improvement in quality of life.

The goal categories in which indicators are grouped include affordable housing, clean environment, cost-effective infrastructure, cultural and recreational opportunities, educational excellence, effective regional transportation, government, health, healthy economy, natural environment, proper distribution of land, public safety and social environment.

Raphael, D., I. Brown, R. Renwick, and I. Rootman. 1996. **Quality of life indicators and health: Current status and emerging concepts.** Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto.

This paper reviews various approaches that consider quality of life and health. These include quality of life as an outcome variable (specifically medical and health-based quality of life), in social diagnosis in health promotion, among persons with developmental disabilities, and as a social indicator. Both the quality of life models developed at the Centre for Health Promotion (University of Toronto) and the Lindstrom model are also reviewed.

Issues in measuring quality of life include whether

- measures are objective or subjective
- individual or system functioning is measured
- values are explicit (or not)
- measures are closely related to social policy (or not).

The document lists many indicators of quality of life as used in the six different quality of life models:

Examples of indicators useful for social diagnosis: unemployment rates, housing density, air quality, adjustment, life satisfaction.

Examples of indicators used among people with developmental disabilities: self-esteem, independence, social relations, safety, safe community, safe workplace, interpersonal relationships, productivity, employment.

Examples of social indicators: labour force, knowledge and technology, education, health, transportation, leisure, housing.

Available from the Quality of Life Research Unit, 100 College St., Suite 511, Toronto, Ontario M5G 1L5. Tel: (416) 978-1102.

Raphael D., J. D'Amico, I. Brown, and R. Renwick. 1998. **The Quality of Life Profile: A generic measure of health and well-being.** Paper published and distributed by the Quality of Life Research Unit, University of Toronto.

The Quality of Life Profile (QOLP) was developed to provide a measure of the quality of life of individuals that considers both the components and determinants of health and well-being. The QOLP emphasizes individuals' physical, psychological and spiritual functioning, their connections with their environments, and opportunities for maintaining and enhancing their skills. The profile consists of 54 items, six in each of nine sub-domains (physical being, psychological being, spiritual being, physical belonging, social belonging, community belonging, practical becoming, leisure becoming, growth becoming). The respondent rates each domain according to *importance*, *enjoyment*, *control* and *opportunities*. A profile is created for each individual. This article reports on the preliminary validation of the QOLP instrument and explores potential applications. This instrument is designed for use at the individual rather than the population level.

Available from the Quality of Life Research Unit, 100 College St., Suite 511, Toronto, Ontario, M5G 1L5. Tel: (416) 978-1102.

Raphael, D., B. Steinmetz, R. Renwick, I. Rootman, I. Brown, H. Sehdev, and S. Phillips. 1999. **"The Community Quality of Life Project: A health promotion approach to understanding communities,"** *Health Promotion International* 14(3): 197-210.

This paper describes the development and implementation of a community-based process for carrying out community quality of life studies. The project draws on recent developments in health promotion and quality of life and applies these concepts within a community-based health promotion framework. It operates within the naturalistic or qualitative inquiry paradigm and strives to be community-based through use of a participatory and collaborative methodology. Community members, service providers and elected representatives within two Metropolitan Toronto communities were asked to consider community factors that affect community members' quality of life. Their statements and comments were analyzed and expressed as initial order and higher order themes that may eventually form the basis of indicators. The initial order themes listed below provide insight as to the indicators that would be of interest to these urban communities:

Community Strengths: access to amenities, caring churches, community agencies and resources, community health centres, environmental activism, food and its availability, libraries, low-cost housing, neighbourhood cultural diversity, neighbourhood income/class diversity, parks, public transportation, responsive elected representatives.

Community Liabilities: crime and safety, environmental pollution, political situation/cutbacks, poverty and unemployment, unwanted and/or uncharacteristic businesses.

Shookner, M. 1999. **The Quality of Life in Ontario.** Report prepared for the Ontario Social Development Council, Social Planning Network of Ontario.
http://www.qli-ont.org/indexe.html

Quality of life is defined as *"the product of the interplay among social, health, economic and environmental conditions which affect human and social development."* The Quality of Life Index (QLI) is a composite index that includes 12 indicators, three from each of four sectors: social, health, economic and environmental. It was conceived as a community development strategy to monitor the living and working conditions of Ontarians. The purpose of the QLI is to provide a tool for community development that can be used to monitor key indicators that encompass the social, health, environmental and economic dimensions of the quality of life. The QLI can be used to comment regularly on key issues that affect people and contribute to the public debate about how to improve the quality of life in Ontario communities and in the province.

The following indicators were included in the QLI Index for 1999:

Social: child welfare admissions, social assistance beneficiaries, public housing waiting lists.
Health: low birth weight babies, elderly waiting for placement in long-term care facilities, new cancer cases.
Economic: number of people unemployed, number of people working, bankruptcies.
Environmental: hours of moderate/poor air quality, toxic environmental spills, tonnes diverted from landfill to blue boxes.

Smith, K.E., L.E. Bass and J.M. Fields. 1998. **Child Well-Being Indicators from the SIPP.** Washington: Population Division, United States Bureau of the Census, Population Division Working Paper No: 24.
http://www.census.gov/population/www/documentation/twps0024/twps0024.html

The SIPP (Survey of Income and Program Participation) provides a large, nationally representative sample that links income recipiency, labour force participation and participation in government assistance programs with indicators of child well-being. It analyses child well-being in four areas:

- early childhood experiences
- parent-child interaction
- school-age enrichment activities
- children's academic experience.

Sustainable Calgary. 1998. **State of Our City Report 1998.** Calgary. http://www.telusplanet.net/public/sustcalg/index.html

This report of a citizen-led review of 24 indicators of sustainability is organized into five areas: resource use, economy, community, natural environment, and health and education. The report provides a one-page summary for each indicator, including the definition, importance, trends, linkages and possible actions. The indicators used are as follows:

Economy Indicators: employment concentration, housing affordability, hours required to meet basic needs at minimum wage, number of people dependent on food banks, unemployment rate.

Resources Use Indicators: energy use, food grown locally, transit usage for work trips, domestic waste, water use.

Natural Environment Indicators: air quality, Christmas bird species count, pesticide use, surface water quality.

Community Indicators: leisure time, crime rate and rate of victimization, sense of community, valuing cultural diversity, voluntarism.

Health and Education Indicators: childhood asthma hospitalization rates, grade three achievement scores, healthy birth weight babies, level three adult literacy, self-rated health.

Webster, P. and M. McCarthy. 1998. **Revised baseline healthy cities indicators.** Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

This document is a follow-up to the study described previously (Doyle et al., 1997). It presents the revised list of indicators for World Health Organization (WHO) Healthy Cities Project and a tool for gathering data on each indicator. The list of 53 indicators applied in the earlier document was reduced to 32 indicators.

Available from the Healthy Cities Project Office, WHO Regional Office for Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Tel: +45 39 17 12 24.

Bibliographie annotée des indicateurs portant sur les déterminants de la santé

Préparé par Susan Lilley, MHSc
pour les bureaux régionaux de l'Atlantique
et de la Saskatchewan et du Manitoba
Direction de la promotion et des programmes de santé
Santé Canada

Mars 2000

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Also available in English under the title *An Annotated Bibliography on Indicators for the Determinants of Health.*

La reproduction partielle ou totale du présent document est autorisée. Prière d'en indiquer la source comme suit :

Une bibliographie annotée sur les indicateurs portant sur les déterminants de la santé (2000). Préparée par S. Lilley pour la Direction de la promotion et des programmes de la santé, Bureaux régionaux de l'Atlantique et du Manitoba/Saskatchewan, Santé Canada.

Introduction

En matière de santé de la population, un des principes directeurs veut que la prise de décisions repose sur des données fiables. Pour cette raison, la popularité croissante de la planification en matière de santé de la population a entraîné un intérêt grandissant pour la surveillance des progrès accomplis et l'évaluation de l'impact sur les conditions qui déterminent la santé de la population. Cet intérêt pour les indicateurs dans le domaine de la santé de la population se manifeste en même temps qu'un intérêt grandissant à l'échelle mondiale pour l'utilisation d'indicateurs sociaux et de viabilité. À travers le pays et dans le monde entier, des chercheurs développent, proposent et utilisent des indicateurs pour mesurer les facteurs sociaux et écologiques liés aux déterminants de la santé.

La présente bibliographie annotée a été préparée au cours de l'hiver 1999 pour le compte des bureaux régionaux de l'Atlantique et du Manitoba/Saskatchewan de la Direction de la promotion et des programmes de santé en guise de première étape dans l'élaboration d'un système d'évaluation de l'impact de leur travail. Bien qu'au départ, la bibliographie ait été destinée à un usage interne, elle a maintenant été mise à jour, révisée, traduite et rendue public.

Le travail de dépouillement a porté sur des documents fournis par les deux bureaux régionaux et ceux obtenus à la suite d'une recherche des initiatives récentes et pertinentes dans le domaine. L'ouvrage a pour but de répertorier la diversité des approches et de dresser une liste des indicateurs qui servent à mesurer les déterminants de la santé et de concepts connexes, tels la qualité de vie, le progrès social, la ville-santé et la santé sociale. La recherche est loin d'être exhaustive et se limite aux documents disponibles en anglais.

L'étude et l'utilisation des indicateurs liés aux déterminants de la santé sont très répandues, et leur développement s'étend sur un bon nombre d'années au sein des domaines des sciences sociales et de l'environnement. On a trouvé un grand nombre de modèles, d'initiatives, de réseaux, de gestionnaires listserv et de sites Web pertinents. Une bibliographie annotée de tous les ouvrages traitant du sujet aurait été beaucoup plus coûteuse et fastidieuse que prévu. Par ailleurs, une bonne part de ce travail a déjà été accompli. Le **Rapport sur la santé de la population canadienne**, par exemple, fait état d'un grand nombre d'indicateurs qui peuvent servir au niveau provincial, régional ou national. Hancock, Labonté et Edwards ont fait la synthèse des ouvrages portant sur les indicateurs utilisés au niveau communautaire. Par ailleurs, la trousse de la Coalition des communautés en santé de l'Ontario fait référence à de nombreux outils pour l'évaluation des progrès au niveau communautaire.

La présente bibliographie comprend une description des documents susmentionnés et d'autres ouvrages pertinents. C'est en fait un tour d'horizon des travaux effectués jusqu'à présent et un travail de préparation pour les développements à venir dans ce domaine en plein essor.

Bibliographie annotée des indicateurs portant sur les déterminants de la santé

Brink, S. et A. Zeesman (1997). ***Mesure du bien-être social : Un indice de santé sociale pour le Canada***, Ottawa, DRHC, document de recherche R-97-9F. http://www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/research/abr-97-9f.html

Ce document décrit l'application au contexte canadien de l'indice de santé sociale (ISS) développé aux États-Unis, qui donne une vue d'ensemble du rendement social. Chaque indicateur de l'indice représente un aspect touchant la qualité de vie, comme la santé, le travail, le revenu, la scolarité, la sécurité et le bien-être psychologique. Le rendement de chaque indicateur reflète la force des institutions sociales telles la communauté, l'école et la famille. Ces indicateurs sont de nature sociale en ce qu'ils ne se produisent pas en vase clos et leur impact ne touche pas uniquement les individus représentés par chaque donnée statistique.

On a modifié l'ISS pour pouvoir l'utiliser au Canada, où on l'a appliqué à l'ensemble du pays et à chacune des provinces pour une période de vingt-quatre ans, soit de 1971 à 1994. Selon les résultats, l'ISS a grimpé parallèlement au produit national brut (PIB) dans les années 70, mais s'est écarté des tendances du PIB depuis le début des années 80. L'analyse par indicateurs en fonction des groupes d'âge montre leur incidence sur l'ISS. Ce document fait également état des conclusions pour les quatre étapes de la vie et les dix provinces.

On établit un profil de rendement social pour l'année et on le compare aux meilleurs résultats obtenus jusqu'à présent. Chaque indicateur, par lui-même, démontre les progrès accomplis ou le recul par rapport à un problème social particulier, mais parce qu'il contribue à l'indice, on obtient une bonne vue d'ensemble du niveau de bien-être de la population. Ce document défend bien l'idée de regrouper les indicateurs par groupes d'âge ou par étapes de la vie : enfants, jeunes, adultes et personnes âgées. Les définitions et la source des données sont fournies en appendice. Les données proviennent pour la plupart de Statistique Canada. Les indicateurs de l'indice de santé sociale sont les suivants :

Enfants : taux de mortalité infantile, nombre d'enfants blessés par suite d'agression, de violence physique, de violence grave ou de négligence, nombre d'enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu.

Jeunes : taux de suicide des jeunes de 15 à 19 ans, délinquants juvéniles ayant participé à une infraction fédérale en matière de drogue, taux d'abandon scolaire des élèves de niveau secondaire.

Adultes : taux de chômage, gains hebdomadaires moyens.

Personnes âgées : nombre de personnes de 65 ans et plus sous le seuil de faible revenu, pourcentage de revenu dépensé en soins de santé par les personnes de 65 ans et plus.

Tous les groupes d'âge : homicides, nombre d'assistés sociaux, écart entre les riches et les pauvres, accès aux logements abordables, nombre de décès sur les autoroutes reliés à l'alcool.

Coalition des communautés en santé de l'Ontario (1998). ***Pathways to a Healthy Community : An indicators and evaluation tool kit.***

Cette trousse est un ouvrage de référence destiné aux animateurs communautaires de la Coalition des communautés en santé de l'Ontario, mais pourrait servir dans toute communauté. Les exemples de ressources documentaires proviennent d'un peu partout en Amérique du Nord, certaines conviennent à de petits groupes de bénévoles communautaires, d'autres à des projets d'envergure. La trousse fait clairement la distinction entre l'évaluation et les indicateurs. On y décrit les 19 «meilleures » sources documentaires, en indiquant lesquelles sont des outils d'évaluation et lesquelles sont des initiatives en matière d'indicateurs. Les ressources sont décrites dans le détail, y compris le prix et les coordonnées nécessaires. La trousse comprend aussi une bibliographie annotée, qui décrit un grand nombre d'ouvrages sur l'évaluation ou l'élaboration d'indicateurs, dresse la liste des sites Web pertinents et fait la description d'initiatives pour l'élaboration d'indicateurs en Ontario. Les outils ne font pas partie de la trousse.

Disponible auprès de la Coalition des communautés en santé de l'Ontario, 1900 – 180, rue Dundas Ouest, Toronto (Ontario), M5G 1Z8. Tél. : (416) 408-4841.

Coleman, R. (1998). ***Measuring sustainable development : Application of the Genuine Progress Index to Nova Scotia, Progress report and future directions***, Halifax (Nouvelle-Écosse), préparé par GPI Atlantic. http://home.iSTAR.ca/~cliffe/gpi/

GPI Atlantic est un groupe de recherche sans but lucratif voué à la création d'un indice pour mesurer les progrès réels de la Nouvelle-Écosse et du Canada atlantique. Le groupe a voulu que l'indice des progrès réels (IPR) tienne compte des réalités sociales, économiques et environnementales afin de démontrer leur interdépendance. On a d'abord entrepris des consultations dans la région pour cerner les valeurs communes. En se fondant sur ces valeurs, le groupe a dégagé 20 indicateurs à utiliser dans le calcul de l'indice.

Les mesures utilisées pour ces indicateurs sont des données de niveau national provenant pour la plupart de Statistique Canada. On tente d'exprimer ces indicateurs sous forme de dollars afin d'illustrer les coûts et les bénéfices pour l'économie. Bien qu'il ne soit pas possible de le faire dans tous les cas, c'est l'objectif que s'est donné le groupe. Tous ces résultats serviront dans le calcul de l'indice. Des résultats par secteur seront aussi compilés.

Les valeurs communes : sécurité (sécurité, santé, sécurité d'emploi), équité (entre les générations, à l'intérieur des groupes d'âge, dans un territoire donné), qualité de l'environnement (ressources naturelles, protection / dégradation de l'environnement, empreinte écologique), liberté, connaissances et empathie au sein de la société.

Les indicateurs de l'indice des progrès réels sont les suivants : valeur du travail non rémunéré au foyer et du bénévolat, indices de distribution des revenus et de distribution des richesses par quintile, valeur du temps libre, profil de l'évolution du statut de la femme au sein de la population active en Nouvelle-Écosse, coût de la criminalité, analyses des coûts du transport, émission de gaz à effet de serre, état des sols, état des forêts, état des pêcheries, durabilité des biens de consommation, emprunts et prêts extérieurs nets, coûts de la pollution de l'air, indice des libertés de la personne, analyse de l'empreinte écologique, ressources énergétiques non renouvelables, qualité de l'eau, soins de santé, niveau de scolarité.

Coleman, R. (1998). ***Module One : The economic value of civic and voluntary work in Nova Scotia***, Halifax (Nouvelle-Écosse), préparé par GPI Atlantic.
http://www.gpiatlantic.org/custsites/gpiatlanticQS.nsf/22013e60bdcae7d38425655c00744dfc/172b7ee93b4137f00425667a00725704?OpenDocument

Il s'agit du premier de quatre modules décrivant les mesures du premier indicateur de l'indice des progrès réels, c'est-à-dire la valeur du travail non payé et le travail bénévole. Les quatre modules sont les suivants :

- la valeur du travail communautaire et du bénévolat;
- la valeur des travaux domestiques et la garde d'enfants;
- la valeur des heures supplémentaires non payées et les coûts du sous-emploi;
- la valeur totale du travail productif et la valeur résiduelle du temps libre.

Le rapport décrit le montant de travail bénévole en Nouvelle-Écosse, fait état des questions soulevées par l'attribution d'une valeur monétaire au bénévolat et décrit un système de contrôle permanent. Le calcul de la valeur économique du travail communautaire et du bénévolat se base sur deux seules mesures :

- le pourcentage de la population des personnes de 16 ans et plus qui font du bénévolat;
- le nombre d'heures de bénévolat effectué au cours d'une année.

Ces données sont recueillies par Statistique Canada sur une base occasionnelle. En Nouvelle-Écosse, on a évalué à 1,745 millions de dollars la valeur du bénévolat pour l'année 1997. C'est cette valeur monétaire qui sera intégrée au calcul de l'indice des progrès réels.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999). ***Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne***, Ottawa, rapport préparé pour les ministres de la Santé.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999). ***Le Rapport statistique sur la santé de la population canadienne***, rapport préparé pour les ministres de la Santé.
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/subinfr.html

Pour un avenir en santé et le *Rapport statistique* s'y rattachant constituent un survol complet et détaillé de la santé des Canadiens et des Canadiennes et de la plupart des déterminants de la santé. Ces rapports, qui ont d'abord servi de ressource au Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, constituent également une source d'information essentielle au service des décideurs et des planificateurs de programmes afin qu'ils puissent établir des priorités et mesurer les progrès en matière de santé de la population.

Le rapport prend en considération les indicateurs d'états de santé et les déterminants de la santé. La partie portant sur les déterminants fait état de centaines d'indicateurs, répartis dans les sous-groupes suivants :

- environnement socio-économique (revenu, scolarité, emploi, conditions de travail, soutien social et milieu social);
- sain développement de l'enfant;
- environnement physique (environnements naturels et construits);
- habitudes de santé personnelles (activité physique, alimentation saine, poids corporel, tabagisme, consommation d'alcool et d'autres drogues, abus d'intoxicants et toxicomanie, pratiques relatives à la prévention des accidents, jeux de hasard, habitudes de santé sexuelles, tests de dépistage du VIH et comportements à risques multiples);
- services de santé (dépenses, prestation des services, accès et utilisation, frais et utilisation de médicaments, besoins non satisfaits et services de santé parallèles);
- biologie et patrimoine génétique (anomalies congénitales, technologies de reproduction, développement du cerveau et vieillissement).

Doyle, Y., D. Brunning, C. Cryer, S. Hedley, et C. Russell Hodgson (1997). ***Healthy Cities Indicators : Analysis of data from cities across Europe***, publié sous la direction de P. Webster et C. Price, Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe. http://www.who.dk/healthy-cities/hcppub.htm#Indic

Ce document est une analyse des indicateurs repères qui ont été acceptés dans le cadre du projet Villes-santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il donne un bon aperçu de la façon dont les indicateurs sont interprétés dans divers pays, de la disponibilité des données et de la fiabilité et validité des indicateurs. On y trouve aussi une liste d'éléments de validation des indicateurs. Les 53 indicateurs tiennent compte de facteurs de santé, de démographie, de services de santé ainsi que des facteurs écologiques et socio-économiques. Le rapport présente les résultats d'une étude menée sur 47 villes européennes à l'aide de ces indicateurs.

Dubois L. et C. Mustard (1998). ***Inégalités sociales, nutrition et santé des populations : Une synthèse des données du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et de la France***, Ottawa, document préparé pour le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada.

Dans ce document, on examine les résultats d'enquêtes sur la santé qui peuvent être utiles dans l'étude des liens entre les milieux socio-économiques, la nutrition et la santé des populations. L'étude s'est surtout penchée sur des enquêtes récentes réalisées au Canada, aux États-Unis, en France et en Grande-Bretagne. On y décrit les enquêtes qui comprennent des données démographiques sur la nutrition et les indicateurs pertinents. On conclut qu'il y a plusieurs sources de données disponibles pour évaluer l'état nutritionnel des populations.

Le document classe les indicateurs de l'état nutritionnel en deux groupes, les indicateurs de résultats (tels les maladies cardio-vasculaires, les taux de cancer, le poids) et les indicateurs de déterminants de la santé (tels le taux d'ingestion de matières grasses, de fibres et de minéraux, le taux d'allaitement, les attitudes et comportements, l'insécurité alimentaire).

Disponible auprès de l'agent d'information, PNRDS, 1512A, Édifice Jeanne Mance, P.L. 1915A, Ottawa (Ontario), K1A 0K9. Tél. : (613) 952-8086.

Hancock, T., R. Labonté et R. Edwards (1999). ***Indicators that Count! – Measuring population health at the community level***, Ottawa, rapport préparé pour le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada.

Ce rapport donne un excellent aperçu des indicateurs les plus sophistiqués pour mesurer la santé de la population à l'échelle communautaire. Il tient compte des publications dans Internet et des publications traditionnelles, de consultations auprès de personnes et de représentants d'organismes qui œuvrent dans le domaine ainsi que d'interviews avec des décideurs, des universitaires et des membres des médias.

Le rapport soulève des questions clés, décrit plusieurs indicateurs en détail, dresse la liste des critères pour la sélection des indicateurs et propose un ensemble d'indicateurs de base. La bibliographie compte plus de 200 ouvrages.

Les auteurs prennent en considération la qualité et la gamme d'indicateurs, ainsi que le type d'indicateurs qui attire l'attention des médias et du public. Le cadre des sujets de discussions comprend trois grandes catégories : les déterminants de la santé (intrants), les processus de changement et les résultats (extrants) :

Déterminants de la santé de la population (le classement des auteurs est indiqué entre parenthèses) : écosystèmes durables (durabilité), viabilité de l'environnement (viabilité), habitabilité des milieux bâtis (habitabilité), convivialité communale (convivialité), équité sociale (équité), cadre économique adéquat (prospérité).
Processus de changement en matière de santé de la population : éducation, exercice des pouvoirs.
Résultats en matière de santé de la population : facteurs positifs de santé (qualité de vie), comportements favorisant la santé, facteurs négatifs de santé (invalidité / morbidité / mortalité / fonctionnalité).

Les auteurs précisent, que dans la sélection des indicateurs, ils font référence aux communautés géographiques ou géopolitiques, telles les municipalités et non aux communautés d'intérêts. Le thème fondamental du rapport, c'est que les indicateurs ne peuvent contribuer à modifier la politique que s'ils sont choisis par les intervenants de la communauté et que ceux-ci sont disposés à interpréter les résultats et y donner suite. Les indicateurs doivent être bien fondés, mais ils doivent aussi porter un sens et une importance aux yeux de la communauté. La sélection des indicateurs doit être faite de façon à ce qu'elle engage et motive la communauté au moyen d'un processus qui demande la participation du public et des chercheurs.

Disponible auprès de l'agent d'information, PNRDS, 1512A Édifice Jeanne Mance, P.L. 1915A, Ottawa (Ontario), K1A 0K9. Tél. : (613) 952-8086.

Hansluwka, H.E (1985). « **Measuring the health of populations, indicators and interpretations** », *Social Science and Medicine,* vol. 20, n°12, p. 1207-1224.

Dans ce document, on trouve un sommaire de l'évolution des indicateurs de la santé, ainsi qu'une définition et un index des indicateurs. Il y a aussi plusieurs classements des indicateurs de la santé. On y soulève également les questions suivantes :

Quelle est l'unité d'analyse?
Les indicateurs de la santé sont utiles à divers niveaux, notamment au niveau de la personne, de la famille ou de la communauté, et au niveau d'un programme ou d'un organisme.

Quel est l'objet de l'évaluation?
Les indicateurs de la santé peuvent mesurer des facteurs positifs ou négatifs, tels la santé ou la maladie.

D'où proviennent les données?
Les données peuvent provenir de professionnels de la santé ou d'individus au sein de la population.

Quels types de mesures sont utilisées?
L'évaluation peut être subjective (la perception de soi par exemple) ou objective.

Jackson S.F., R. Edwards, M. Goodstadt, and I. Rootman (1997). ***Report of the International Health Promotion Indicators Project***, ébauche préparée pour l'unité d'éducation et de promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Ce document fait état d'un ensemble préliminaire d'indicateurs de niveau national pour la promotion de la santé que pourrait utiliser l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) lors de comparaisons internationales. Les cinq domaines d'action de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) ont servi de cadre dans l'élaboration de ces indicateurs.

Les indicateurs reposent sur des actions plutôt que des résultats, puisqu'il est plus facile d'obtenir des informations sur les actions ou les stratégies. D'ailleurs, de telles informations se prêtent mieux à la comparaison et donnent une vue d'ensemble pertinente à l'échelle internationale. Les indicateurs mesurent l'intention et l'action, tels qu'exprimés au moyen de politiques et d'interventions législatives qui sont observables au niveau national. Cependant, les indicateurs ne sont pas tous calculables à l'heure actuelle.

On y présente les indicateurs de base (et les concepts clés qui ont mené à leur sélection) pour chaque domaine d'action de la Charte d'Ottawa, c'est-à-dire 1) élaborer une politique publique saine, 2) créer des milieux favorables, 3) renforcer l'action communautaire, 4) acquérir des aptitudes individuelles, et 5) réorienter les services de santé. La liste des indicateurs de base est organisée en quatre sous-groupes :

- ceux qui représentent la participation d'un pays aux traités mondiaux ou internationaux;
- ceux qui représentent les politiques et les lois nationales d'un pays;
- ceux qui sont des programmes ou des projets d'envergure nationale;
- ceux qui représentent des mécanismes de politiques permettant une surveillance ou la participation du public.

Cet ensemble de 33 indicateurs de processus répartis dans les cinq domaines d'action de la Charte d'Ottawa pourrait servir de modèle dans l'élaboration d'un système pour la vérification de l'engagement dans la promotion de la santé. Ces indicateurs ne se limitent toutefois pas aux déterminants de la santé.

Disponible auprès du premier auteur au Centre for Health Promotion, 100, rue College, pièce 207, Toronto (Ontario), M5G 1L5. Tél. : (416) 946-3682.

Jackson, S., S. Cleverly, D. Burman, R. Edwards, B. Poland, et A. Robertson (1999). ***Toward Indicators of Community Capacity : A study conducted with community members of Parkdale, Regent Park and two sites in Jane-Finch***, Toronto, rapport préparé par le Centre for Health Promotion, University of Toronto, pour le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada.

Ce rapport décrit un projet de recherche-action qui a donné lieu à un modèle et des indicateurs qualitatifs de la capacité communautaire. Par l'entremise d'interviews et de groupes de discussion menés dans quatre communautés torontoises, les résidents ont décrit leur communauté, les talents et les compétences de ses membres, les activités qu'ils ont réalisées ensemble et les facteurs qui facilitent ou enfreignent leurs efforts communautaires. On propose sept indicateurs qualitatifs avec lesquels évaluer la capacité communautaire en se basant sur les données suivantes :

- la communauté est chaleureuse et respectueuse de sa diversité;
- la perception des résidents est positive face à leur communauté;
- les résidents se rassemblent pour célébrer;
- les gens participent activement dans la vie sociale, politique et économique de la communauté;
- les gens se rallient autour des questions communautaires et collaborent de façon proactive et équilibrée à des projets ou en vue d'objectifs communs;

- des gens de tous les secteurs de la communauté participent aux activités de la communauté;
- les membres de la communauté ont un sentiment de contrôle et d'appartenance en ce qui concerne la planification et la mise sur pied d'activités et de programmes locaux.

Bien que la recherche ne touche pas aux déterminants de la santé, ces indicateurs de capacité communautaire peuvent être utiles dans l'évaluation des résultats à court terme au niveau communautaire.

Disponible auprès de l'agent d'information, PNRDS, 1512A Édifice Jeanne Mance, P.L. 1915A, Ottawa (Ontario), K1A 0K9. Tél. : (613) 952-8086.

Lavis, J.N., C.A. Mustard, J.I. Payne et M.S.R. Farrant (1998). ***Employment/Working Conditions and Health : Towards a set of population-level indicators***, Ottawa, document préparé pour le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada.

Dans ce document, les auteurs élaborent un ensemble de concepts en matière d'emploi et de conditions de travail à utiliser dans un contexte de déterminants de la santé. Ils examinent systématiquement les études qui mesurent le degré d'association entre les concepts en question et la santé. Ils font aussi état des indicateurs démographiques connexes. Quatre concepts ont été examinés : les caractéristiques des emplois, le fait d'occuper un poste de bas niveau dans l'entreprise, l'insécurité en matière d'emploi et le chômage.

Le rapport recommande l'utilisation des indicateurs démographiques suivants (la recommandation des auteurs, c'est-à-dire forte, moyenne ou faible, est indiquée entre parenthèses) :

<u>Indicateurs pour lesquels on fait la cueillette régulière de données</u> :
Taux de chômage (forte), taux de chômage à long terme (faible), taux de licenciement permanent (faible).

<u>Indicateurs pour lesquels la cueillette régulière de données est recommandée</u> :
Insécurité associée aux coupures de postes éventuelles (faible), insécurité associée à une réorganisation majeure éventuelle (faible), insécurité associée à un changement organisationnel important en cours (faible) et astreinte au travail (moyenne).

Disponible auprès de l'agent d'information, PNRDS, 1512A Édifice Jeanne Mance, P.L. 1915A, Ottawa (Ontario), K1A 0K9. Tél. : (613) 952-8086.

McGrail, K.M., A. Ostry, V.S. Thomas et C. Sanmartin (1998). ***Determinants of population health : A synthesis of the literature***, Ottawa, rapport préparé pour le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada.

Ce document offre un sommaire de l'état des connaissances dans le cas de quatre déterminants de la santé : le contrôle, le capital social, l'inégalité du revenu, ainsi que les effets à l'âge adulte du développement dans la petite enfance.

Le chapitre portant sur le contrôle est surtout axé sur le contrôle en dehors du milieu de travail. Les auteurs constatent que la documentation sur le contrôle personnel est inconcluante et qu'aucune mesure utile n'est disponible. Ils suggèrent que le contrôle en milieu de travail est un meilleur indicateur de santé et que les concepts de contrôle personnel ne soient pas utilisés comme indicateur de la santé de la population.

Le capital social est un nouveau concept qui sert à expliquer l'incidence des normes, des règles et des obligations sociales sur les actions de l'individu. Le rapport reprend plusieurs définitions de capital social, y compris celle-ci : *matière première d'une société civile, résultat des interactions et des réseaux formés entre individus dont les principes de base sont la confiance, la réciprocité et le respect de normes d'action.* Les auteurs ont trouvé des preuves d'un lien entre la santé et le capital social, mais la relation n'est pas bien définie. Un grand nombre d'indicateurs de capital social y sont notés, y compris les indicateurs de capital social familial (tels la structure familiale ou le contrôle au sein de la famille), de capital social communautaire (tels la confiance, l'engagement civil, le sociétariat, les élections). Chaque mesure reprend un seul aspect du concept et, par conséquent, on recommande l'élaboration d'un indice agrégat. Dans leur conclusion, les auteurs affirment qu'il reste beaucoup à faire dans le domaine des indicateurs liés au capital social.

En ce qui concerne l'inégalité du revenu, la recherche démontre un lien important avec la santé, mais la relation reste floue. L'inégalité du revenu est mesurée à l'aide d'indices tels le coefficient Gini, l'indice Robin Hood ou la densité du revenu cumulatif. Les auteurs concluent que ce sont de bons indicateurs, qu'ils sont bien compris du grand public et qu'ils jouissent d'une grande popularité.

Le rapport ne fait aucune recommandation au sujet d'indicateurs visant à mesurer les effets à l'âge adulte du développement dans la petite enfance.

Disponible auprès de l'agent d'information, PNRDS, 1512A Édifice Jeanne Mance, P.L. 1915A, Ottawa (Ontario), K1A 0K9. Tél. : (613) 952-8086.

Messinger, H. (1997). ***Measuring sustainable economic welfare : Looking beyond the GDP***, Statistique Canada, St John's (Terre Neuve), document présenté à l'assemblée annuelle de l'Association canadienne de l'économique.

Ce document explique les limites du Produit national brut (PNB) en tant que mesure du bien-être économique durable et décrit les tendances récentes qui ont mené à des écarts entre la croissance macro-économique et le bien-être économique durable. On y présente deux indices composés de bien-être économique durable élaborés aux États-Unis : le Genuine Progress Index (l'indice de progrès réels) et le Measure of Economic Welfare (MEW). On fait également état des forces et des faiblesses de ces deux indices.

Ministère de la Santé (responsable des personnes âgées) de la Colombie-Britannique (1995). ***Health Indicator Workbook : A tool for healthy communities***, Victoria (Colombie-Britannique), Office of Health Promotion.

Ce manuel s'adresse au grand public et utilise l'analogie du jardin pour décrire le processus de la cueillette d'informations sur la santé d'une communauté. Pour chaque indicateur, on explique son importance, sa signification pour la communauté, la façon dont il est mesuré, la source des données et la façon de comparer les données. Les classes d'indicateurs sont les suivantes : production, consommation, environnement physique, gestion, croissance et développement, et appui.

Disponibilité inconnue. Pour de plus amples renseignements, communiquer avec le Ministère de la Santé (responsable des personnes âgées), Case postale 9050, Succursale du gouvernement provincial, Victoria (Colombie-Britannique), V8W 9E2. http://www.gov.bc.ca/hlth/

Ministres fédérale-provinciaux-territoriaux responsables de la condition féminine (1997). ***Indicateurs économiques de l'égalité entre les sexes.***
http://www.swc-cfc.gc.ca/publish/egei/egeibck-f.html

Les indicateurs économiques de l'égalité entre les sexes sont un ensemble de repères utilisés pour évaluer l'égalité entre les sexes. Trois déterminants de la santé entrent en ligne de compte : le revenu, la scolarité et l'emploi. De plus, on se penche sur les différences entre le vécu des hommes et celui des femmes dans chacun des champs d'études. En ce qui concerne l'étude des gains, on tient compte du revenu tiré de diverses sources, du travail rémunéré, du travail non rémunéré, et de l'éducation et de la formation liée à l'emploi.

Ces indicateurs sont destinés aux gouvernements et à d'autres intervenantes et intervenants du processus d'élaboration de politiques dans le but de sensibiliser davantage aux réalités vécues par les femmes et les hommes, de stimuler les discussions publiques sur les politiques gouvernementales, d'encourager la recherche d'explications et de réponses, et de surveiller les changements au fil du temps.

Parmi les principales conclusions du rapport, on note un rétrécissement de l'écart entre les sexes sur le plan des gains et du revenu entre 1986 et 1995. On constate en outre que le système d'impôt sur le revenu contribue toujours à favoriser l'égalité entre les sexes. Les femmes ont réalisé des progrès dans les champs d'études à prédominance masculine et les diplômées ont amélioré leurs chances d'obtenir de «bons» emplois. Il y a en outre eu une meilleure répartition du travail rémunéré et non rémunéré en 1992 qu'en 1986. Il reste cependant d'importants écarts : le revenu des femmes est demeuré inférieur et elles ont reçu moins de formation parrainée par l'employeur tout en travaillant chaque jour plus longtemps que les hommes.

Le rapport souligne aussi la nécessité de procéder à une analyse détaillée de la diversité des schémas et des tendances derrières les moyennes obtenues pour les femmes et les hommes. Le fait d'avoir des enfants est un facteur critique ; ils ont une incidence beaucoup plus grande sur le travail des femmes que sur celui des hommes, ce qui peut influer sur leur sécurité et leur autonomie économiques. On présente un exemple d'une méthode d'analyse de l'incidence de facteurs comme l'âge, l'éducation, la profession et la présence de jeunes enfants sur le revenu et les gains. Des ressources additionnelles, qui peuvent servir de point de départ pour de plus amples recherches et analyses, sont présentées en annexe.

Pierce County Department of Community Services (1998). ***Pierce County Quality of Life Benchmarks : Annual Report, 3rd Edition***.
http://www.co.pierce.wa.us/services/family/benchmark/qol.htm

Ce rapport sur les indicateurs de qualité de vie au sein du comté Pierce dans l'État de Washington fournit des informations utiles sur les indicateurs qui conviennent aux communautés rurales. À l'aide de données provenant de diverses sources, on réussit à suivre l'évolution de divers aspects de la vie des résidents. Grâce à ce processus d'analyse, il est possible de tirer des conclusions générales sur la qualité de vie dans le comté, c'est-à-dire constater si elle s'améliore, se détériore ou reste inchangée. L'étude porte sur l'évolution de plus de 80 indicateurs. Il faut savoir que pour chaque indicateur, une valeur plus élevée dénote une amélioration de la qualité de vie.

Les indicateurs sont classés comme suit : logement abordable, environnement sain, infrastructure efficace par rapport au coût, possibilité d'activités culturelles et de loisirs, excellence au niveau de l'éducation, transport efficace au niveau de la région, gouvernement, santé, économie saine, milieu naturel, distribution adéquate des terres, sécurité publique et environnement social.

Raphael, D., I. Brown, R. Renwick et I. Rootman (1996). ***Quality of life indicators and health : Current status and emerging concepts***, Toronto, Centre for Health Promotion, University of Toronto.

Dans ce document, on présente diverses approches qui tiennent compte de la qualité de vie et de la santé. Les approches sont les suivantes : qualité de vie mesurée selon les résultats de traitement (particulièrement selon des facteurs médicaux et de qualité de vie reliés à la santé), qualité de vie selon un diagnostic social dans le domaine de la promotion de la santé, qualité de vie chez les personnes atteintes de troubles développementaux et qualité de vie selon les indicateurs sociaux. On examine également deux modèles de qualité de vie: celui du Centre for Health Promotion (University of Toronto), ainsi que le modèle Lindstrom.

Les questions soulevées par l'évaluation de la qualité de vie sont les suivantes :

- choisir des mesures de nature objective ou subjective;
- mesurer le fonctionnement de l'individu ou du système;
- signaler ou non les valeurs explicites;
- utiliser exclusivement ou non des mesures étroitement liées à la politique sociale.

On y trouve une liste des indicateurs de qualité de vie qui servent dans l'élaboration de six modèles différents.

Exemples d'indicateurs utiles lors de diagnostics sociaux : taux de chômage, densité de l'habitation, qualité de l'air, adaptation et niveau de satisfaction personnelle.
Exemples d'indicateurs utilisés auprès des personnes atteintes de troubles développementaux : estime de soi, indépendance, relations sociales, sécurité, sécurité dans la communauté, sécurité dans le milieu de travail, relations interpersonnelles, productivité et emploi.
Exemples d'indicateurs sociaux : population active, connaissances et technologie, scolarité, santé, transports, loisirs et habitation.

Disponible auprès du Quality of Life Research Unit, 100, rue College, pièce 511, Toronto (Ontario), M5G 1L5. Tél. : (416) 978-1102.

Raphael D., J. D'Amico, I. Brown, et R. Renwick (1998). ***The Quality Of Life Profile : A generic measure of health and well-being***, document publié et distribué par le Quality of Life Research Unit, University of Toronto.

Le Quality of Life Profile (QOLP) a été conçu pour mesurer la qualité de vie des individus, en tenant compte à la fois des composantes et des facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Le QOLP insiste sur le fonctionnement physique, psychologique et spirituel de la personne, ses liens avec son milieu et les possibilités qu'elle a de maintenir ses compétences et de se perfectionner. Le profil compte 54 facteurs, dont six dans chacun de neuf sous-domaines (état physique, état psychologique, état spirituel, appartenance physique, appartenance sociale, appartenance communautaire, développement pratique, développement des loisirs, développement global). Le répondant évalue chaque domaine selon le degré d'*importance*, de *satisfaction*, de *contrôle* et de *possibilités*. Un profil est donc dégagé pour chaque répondant. On se penche également sur les résultats de validation préliminaires du QOLP et on examine les applications possibles. Cet instrument est conçu pour l'évaluation au niveau individuel plutôt qu'au niveau de la population.

Disponible auprès du Quality of Life Research Unit, 100, rue College, pièce 511, Toronto (Ontario), M5G 1L5. Tél. : (416) 978-1102.

Raphael, D., B. Steinmetz, R. Renwick, I. Rootman, I. Brown, H. Sehdev et S. Phillips (1999). « **The Community Quality of Life Project : A health promotion approach to understanding communities** », *Health Promotion International,* vol. 14, n° 3, p. 197-210.

Dans ce document, on décrit l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus communautaire pour l'étude de la qualité de vie au niveau communautaire. Le projet fait appel aux récents développements dans le domaine de la promotion de la santé et de la qualité de vie et applique ces concepts dans un cadre communautaire de promotion de santé. Le processus s'opère dans un cadre naturel ou selon une approche qualitative, et la méthodologie vise à inclure la participation et la collaboration de la communauté. On a demandé aux membres de la communauté, aux fournisseurs de services et aux élus de deux communautés torontoises de nommer les facteurs communautaires qui ont une incidence sur la qualité de vie de ses membres. Leurs commentaires ont été analysés pour en dégager les principaux thèmes et exprimés sous forme de thèmes d'ordre initial et d'ordre supérieur qui formeront peut-être la base d'indicateurs. Les thèmes d'ordre initial ci-dessous donnent un avant-goût des indicateurs qui pourraient être d'intérêt pour les communautés urbaines en question.

Points forts : accès aux commodités, églises empathiques, agences et ressources communautaires, centres de santé communautaire, activisme écologique, nourriture et accès à celle-ci, bibliothèques, logements abordables, diversité culturelle des quartiers, diversité des revenus /classes sociales des quartiers, parcs, transport public, représentants élus attentifs.

Points faibles : crimes et sécurité, pollution de l'environnement, situation politique et compressions budgétaires, pauvreté et chômage, entreprises indésirables ou non typiques.

Santé et Bien-être social Canada (1992). ***Guide d'utilisation de 40 indicateurs sociosanitaires***, Ottawa, Direction de la promotion et des programmes de la santé, catalogue n° H39-238/1992F.

Ce guide pour décideurs en matière de santé communautaire, préparé au Québec, décrit 40 indicateurs de la santé communautaire facilement identifiables reliés aux déterminants de la santé, à l'état de santé et aux conséquences de problèmes de santé. L'intention est de fournir des informations exactes et des lignes directrices appropriées pour faciliter l'interprétation de données. On y trouve un tableau sommaire pour chacun des indicateurs, qui comprend sa définition, ses interprétations, ses limites, sa méthodologie et une bibliographie.

Shookner, M. (1999). ***The Quality Of Life in Ontario***, rapport préparé pour le Conseil du développement social de l'Ontario, Social Planning Network of Ontario. http://qli-ont.org/indexe.html

On y définit la qualité de vie comme étant *le produit d'une interaction entre les conditions sociales, sanitaires, économiques et environnementales qui ont une incidence sur le développement humain et social.* L'indice de qualité de vie (IQV) est un indice composé qui repose sur une douzaine d'indicateurs, dont trois dans chacun des secteurs suivants : société, santé, économie et environnement. L'indice s'insère dans une stratégie de développement communautaire et permet de suivre l'évolution des conditions de vie et de travail des Ontariens. L'indice est donc un outil de développement communautaire permettant de surveiller les indicateurs clés touchant aux dimensions sociales, sanitaires, environnementales et économiques de la qualité de vie. On peut par ailleurs utiliser l'indice pour se prononcer régulièrement sur les grands dossiers qui touchent de près la population et ainsi participer aux débats sur la façon d'améliorer la qualité de vie au sein des communautés ontariennes et dans l'ensemble de la province.

En 1999, l'indice comportait les indicateurs suivants :

Société : nouveaux cas d'aide sociale à l'enfance, assistés sociaux, listes d'attente des organismes de logements sociaux.

Santé : poids faible à la naissance, nombre de personnes âgées en attente d'un placement dans un établissement de soins prolongés, nombre de nouveaux cas de cancer.

Économie : nombre de personnes au chômage, nombre de personnes au travail et nombre de faillites.

Environnement : nombre d'heures d'exposition à un air de moyenne / mauvaise qualité, nombre de déversements de substances toxiques dans l'environnement et nombre de tonnes de déchets détournés des sites d'enfouissement par le biais des boîtes bleues.

Smith, K.E., L.E. Bass et J.M. Fields (1998). ***Child Well-Being Indicators from the SIPP***, Washington, Population Division, United States Bureau of the Census, Population Division Working Paper No : 24.
http://www.census.gov/population/www/documentation/twps0024/twps0024.html

Le sondage en question (Survey of Income and Program Participation, SIPP) offre un échantillon large et représentatif de la situation à l'échelle nationale qui permet de faire des liens entre le revenu, la participation au marché du travail et la participation aux programmes d'aide sociale et les indicateurs de bien-être des enfants. Cette analyse du bien-être des enfants couvre les aspects suivants :

- expériences de la petite enfance;
- interaction parent / enfant;
- activités d'enrichissement chez les enfants d'âge scolaire;
- expériences scolaires des enfants.

Sustainable Calgary (1998). ***State of our City Report 1998***, Sustainable Calgary.
http://www.telusplanet.net/public/sustcalg/index.html

Ce rapport fait état d'une étude menée par des citoyens sur 24 indicateurs de viabilité, répartis dans cinq secteurs : utilisation des ressources, économie, communauté, environnement naturel ainsi que santé et éducation. Le rapport comprend un sommaire d'une page pour chacun des indicateurs, qui inclut la définition, l'importance, les tendances, les liens et les actions possibles. Les indicateurs sont les suivants :

Indicateurs économiques : répartition des emplois, abordabilité des logements, heures requises (au salaire minimum) pour répondre aux besoins de base, nombre de personnes qui dépendent de banques alimentaires, taux de chômage.

Indicateurs de l'utilisation des ressources : consommation d'énergie, cultures produites localement, utilisation des systèmes publics pour le transport quotidien, déchets domestiques, utilisation de l'eau.

Indicateurs de l'environnement naturel : qualité de l'air, recensement des oiseaux / espèces de Noël, utilisation des pesticides, qualité des eaux de surface.

Indicateurs communautaires : temps libre, taux de criminalité et taux de victimisation, sens d'appartenance à la communauté, valorisation de la diversité culturelle, bénévolat.

Indicateurs de santé et d'éducation : taux d'hospitalisation des cas d'asthme infantile, rendement scolaire des élèves de troisième année, poids de naissance des bébés en santé, alphabétisation de niveau trois chez les adultes, auto-évaluation de la santé.

Webster, P. et M. McCarthy (1998). ***Revised baseline healthy cities indicators***, Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondial de la Santé pour l'Europe.

Ce document donne suite à une étude décrite ci-dessus (Doyle et al 1997). Il comprend une mise à jour de la liste des indicateurs des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi qu'un outil pour la cueillette de données touchant chacun des indicateurs. La liste en question est passée de 53 (dans le premier ouvrage) à 32 indicateurs.

Disponible auprès de Healthy Cities Project Office, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Sherfigsvej, DK-2100, Copenhague Ø, Danemark.
Tél. : +45 39 17 12 24.